Dr Amédée CAZAUX
de la Faculté de Médecine de Paris

GOITRE EXOPHTHALMIQUE

Quelques considérations sur son traitement

PARIS
JOUVE & BOYER
15, Rue Racine, 15

1899

A mes Parents

A mes Maîtres

A mes Amis

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Potain

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Le goître exophthalmique n'est pas une maladie rare ; sans être nécessairement fatal, son pronostic est toujours grave : sa thérapeutique toujours embarrassante, et le praticien se demande souvent, quel traitement il pourra opposer à un cas donné.

Pour ceux qui pensent que le formulaire répond à tout, et que chaque maladie comporte un traitement inscrit dans le livre, la besogne est facile. Mais ceux plus nombreux qui ont le souci de leurs malades et désirent intervenir en raison des indications, sont souvent fort embarrassés. Faut-il se contenter de la thérapeutique vulgaire dont les éléments se trouvent chez le pharmacien le plus proche ? Faut-il faire appel au chirurgien ou préférer l'électrothérapie ? ou encore recourir aux procédés nouveaux de l'opothérapie ?

Il est certain que tous les traitements ont donné des succès ; il est non moins certain que tous ont échoué dans quelques cas. La conclusion forcée, c'est qu'il n'y a pas de méthode universelle : que chaque traitement satisfait à une indication déterminée variable avec chaque cas.

Nous appuyant sur l'expérience d'autrui, nous essaierons de dégager au moins quelques-unes de ces indications. La tâche, nous le savons, est difficile ; mais si nous parvenons à la remplir, fût-ce en partie, nous avons conscience de faire œuvre utile. C'est ce qui nous a engagé à choisir, comme sujet de notre thèse, les indications thérapeutiques dans le goître exophthalmique.

Avant d'aller plus loin, nous prions Monsieur le professeur Potain de vouloir bien agréer nos remercîments, pour l'honneur qu'il nous fait, en acceptant de présider notre thèse. Nous nous garderons bien d'oublier ici nos maîtres. Monsieur le professeur Berger, Messieurs les professeurs agrégés Rendu, Reclus, Thiéry qui nous ont guidé dans nos études ; de même Monsieur le docteur Pignol assistant de consultation suppléant à l'Hôtel-Dieu, si bienveillant : et enfin, Monsieur de Fayolle, médecin à Rauzan, dont les conseils et la solide amitié nous ont été toujours si précieux.

Nous diviserons notre travail en trois parties :

Dans la première, nous exposerons les théories pathogéniques :

La seconde, sera consacrée à l'exposé des divers traitements indiqués par les auteurs ;

Dans la troisième, nous nous efforcerons de dégager quelques notions précises au point de vue thérapeutique.

I

Théories pathogéniques

La thérapeutique du goître exophthalmique a subi l'influence des théories pathogéniques. Selon les idées régnantes, elle a été dirigée contre l'élément cardiaque, contre la tare nerveuse, contre l'intoxication, en sorte que chacune des thérapeutiques préconisées correspond à une interprétation spéciale du syndrôme. C'est pourquoi, il nous paraît de toute nécessité de rappeler brièvement le diverses théories pathogéniques :

1° *Théorie cardiaque.* — Cette théorie subordonne tous les accidents du goître exophthalmique à une lésion cardiaque préexistante. Seulement, les auteurs qui l'ont créée et défendue, ne s'entendent pas sur la nature de cette lésion.

Stokes et Aran admettent, comme point de départ des accidents, la dilatation du cœur. Luton fait jouer le même rôle à l'insuffisance tricuspide ; il essaie de démontrer le bien fondé de ses opinions par

des raisonnements assez spécieux, par des comparaisons avec les phénomènes physiologiques de l'effort.

Le grand défaut de cette théorie, c'est que les lésions cardiaques font souvent défaut. Pendant longtemps même, on a supposé que les cardiopathies étaient incompatibles avec la maladie de Basedow ; c'était, en particulier, l'opinion de M. le Professeur Jaccoud, il est vrai que le savant clinicien y a renoncé depuis. Lescaux, qui a consacré à la question un travail intéressant (Thèse de Paris 1885), reconnaît volontiers, comme G. Sée, que le goître exopthalmique peut s'accompagner, à titre de simple coïncidence, de cardiopathies valvulaires ; mais il ajoute que la dilatation des cavités cardiaques et l'asystolie, bien loin d'être la cause du goître exophthalmique, n'en sont qu'un symptôme ou plutôt un accident et dépendent de la même cause que lui.

De plus, la théorie cardiaque est passible d'une grave objection.

Ses partisans admettent, comme Luton, que la cardiopathie engendre l'asystolie, et que les phénomènes basedowiens ne sont qu'une conséquence de celle-ci : or l'asystolie s'accompagne toujours d'hypotension artérielle ; en explorant le pouls des basedowiens on a souvent la sensation d'un pouls mou et dépressible, et on conclut à la diminution de la tension artérielle ; mais ce n'est là qu'une illusion, car les recherches de M. François Franck démontrent que

chez ces malades la tension artérielle est au moins normale. C'est là une notion de la plus haute importance que nous retrouverons et dont il faudra se souvenir dans la discussion des théories nerveuses.

Cependant, les notions acquises en physiologie dans ces dernières années, la connaissance des nerfs dépresseurs, les recherches de M. François Franck sur les réflexes d'origine cardiaque, et surtout la notion, bien établie aujourd'hui, du basedowisme réflexe, permettent de se montrer moins dédaigneux pour la théorie cardiaque. Nous verrons plus tard, M. Potain, accepter, avec preuves à l'appui, la coexistence du goître exophthalmique avec les cardiopathies et particulièrement les cardiopathies aortiques ; des faits recueillis par lui et consignés dans les thèses de deux de ses élèves établissent que la cardiopathie précède, de plus ou moins longtemps, l'apparition des symptômes du goître exophthalmique.

2° *Théorie anémique.* — Cette théorie a été formulée pour la première fois par Basedow lui-même ; après lui, Begbie, Beau, Bouillaud ont fait du syndrôme qu'il avait décrit la conséquence d'une anémie. Seulement on ne dit pas de quelle nature est cette anémie : on est réduit à admettre une anémie spéciale. terme vague qui n'explique rien, et qui d'ailleurs est en contradiction avec les faits bien avérés, où le syndrôme apparaît chez des gens robustes.

Il y a cependant quelque chose de fondé dans

cette théorie, car beaucoup de basedowiens ont un aspect débile qui fait songer à une anémie profonde ; seulement, cette anémie semble bien plutôt être le résultat que la cause de la maladie, et elle constitue une indication thérapeutique très importante.

3° *Théorie oculaire.* — Nous ne citons celle-ci que pour mémoire. Elle n'a jamais joui d'une grande faveur. Il est possible que certaines lésions oculaires jouent le rôle d'agents provocateurs, au même titre que les lésions nasales.

4° *Théories nerveuses.* - L'état général des malades, l'analyse des phénomènes qu'ils présentent, la mobilité de certains accidents, les progrès de la physiologie expérimentale, devaient tout naturellement suggérer l'idée de chercher dans le système nerveux, l'origine première de la maladie. Mais l'entente est bien loin de se faire et il y a autant de divergences entre deux théories nerveuses qu'entre une quelconque de celles-ci et la théorie cardiaque. Aucune n'est d'ailleurs pleinement satisfaisante.

On a incriminé successivement les centres (bulbe, protubérance, etc.) et les nerfs périphériques (pneumogastrique, grand sympathique.)

L'origine centrale a été soutenue par Geigel, qui attribuait les accidents à la congestion de la moëlle, (Wurtzb. med. Leit. 1866) ; par Laycock (Edimburgh med. journ. 1863), qui les rapportait à une lésion cérébro-spinale indéterminée quant à son siège et à

sa nature ; les expériences de Filehne (Erlanger physik. med. Sitzunsbericht, juillet 1879), accentuant la théorie bulbaire défendue par Trumet de Fontarce, Burney Yeo, Cheadle, Panas, localisaient la lésion dans les corps restiformes. Il est vrai que plus tard, G. Sée devait invoquer ces mêmes expériences à l'appui de la théorie pneumogastrique.

Tous les auteurs que nous venons d'énumérer s'appuyaient sur des constatations anatomo-pathologiques. Mais il suffit de parcourir les documents pour se rendre compte de l'inconstance et de la variabilité des lésions rencontrées dans les très rares autopsies de maladie de Basedow; de plus, toutes ces autopsies datent d'une époque, où la technique imparfaite ne permettait pas d'apporter à ce genre de recherches la précision qu'il comporte. Cela explique le peu de faveur dont ont joui les théories qui attribuaient au goître exophthalmique une origine centrale.

Il n'en a pas été de même pour les théories périphériques. Celles-ci ne reposent pas sur des constatations anatomo-pathologiques plus ou moins incertaines, mais sur des constatations expérimentales et sur les résultats du traitement ; si, en effet, Recklinghauser, Lancereaux et quelques autres ont mentionné des scléroses, des congestions, etc., des ganglions et des cordons du sympathique, des autopsies « histologiques vraies », comme les qualifie Germain Sée,

c'est-à-dire exécutéés avec une technique irréprochable, n'ont plue montré de lésions.

La théorie pneumogastrique a été créée et défendue par G. Sée dans son livre de 1879 sur les maladies du cœur, Dans la seconde édition (1889), il est revenu sur la question et ce qu'il en dit semble indiquer que son opinion s'était légèrement modifiée; après avoir, en effet, déclaré que l'intervention du nerf vague peut seule expliquer la tachycardie, il reconnaît qu'elle ne donne pas l'explication de l'exophthalmie,du tremblement et encore moins celle des troubles nerveux généraux.

La théorie qui place dans le sympathique le point de départ des phénomènes Basedowiens est assurément plus compréhensive et plus capable d'expliquer ces phénomènes ; dans ces derniers temps, des tentatives chirurgicales souvent couronnées de succès, lui ont rendu la faveur qu'elle semblait avoir perdue, et il faut reconnaître que, si elle n'explique pas tout, elle a du moins pour elle des arguments et des faits de grande valeur.

Le premier qui l'ait formulée est Kœben, dont le travail date de 1855 ; encore considère-t-il l'action du sympathique comme le résultat de l'irritation de ce nerf par le goître ; plus tard Charcot, puis Trousseau dans ses cliniques, acceptent volontiers le rôle pathogénique du système vaso-moteur dont Claude Bernard avait, peu de temps auparavant, étudié les fonc-

tions. Mais il faut arriver à ces dernières années pour voir la théorie sympathique s'affirmer avec les expériences de Morat et ses élèves, avec les tentatives opératoires de Jaboulay, de Lyon, et enfin avec la communication d'Abadie.

Il est bien certain que la physiologie fournit à la théorie sympathique des arguments de premier ordre. L'intervention du sympathique explique, ce qui n'est pas un petit mérite, la tachycardie et l'exophthalmie ; elle peut même dans une certaine mesure expliquer le goître, les troubles sécrétoires, oculaires, salivaires, rénaux. Seulement, et c'est là la grosse objection, les phénomènes du basedowisme sont dissociés par l'expérimentation physiologique : les uns sont attribuables à l'excitation, les autres à la paralysie du nerf, et il est bien difficile d'admettre que ces deux états puissent coexister. Cependant, en ce qui concerne certains détails, ces deux ordres de phénomènes ne s'excluent pas nécessairement ; ainsi, une même excitation produira, selon le point du sympathique où elle s'exerce, tantôt la vaso-constriction et tantôt la vaso-dilatation du corps thyroïde.

La théorie sympathique est, à première vue, la plus satisfaisante de toutes celles qui font intervenir le système nerveux périphérique ; certains phénomènes ne peuvent s'expliquer que par l'intervention du sympathique ; mais encore trouve-t-on des cas où, bien certainement, le sympathique n'est pas le

seul agent ni même le principal facteur des désordres : les résultats négatifs de la chirurgie du sympathique sont là pour le prouver.

Il est évident, en examinant les faits sans idées préconçues et surtout en examinant un très grand nombre de cas, il est évident, disons-nous, que le goître exophthalmique a des symptômes trop diffus et trop compliqués pour qu'une lésion nerveuse localisée les explique. On peut le voir s'associer aux lésions les plus diverses du système nerveux ; des troubles sensitifs, moteurs, intellectuels peuvent l'accompagner ; héréditairement, il est apparenté avec l'hystérie, l'épilepsie, les vésanies; de cela on peut conclure que le système nerveux tout entier est frappé, et qu'en définitive, la maladie de Graves-Basedow est une névrose générale comme l'hystérie, l'épilepsie, etc. (Ballet, Rendu, Joffroy, Marie, etc.). Dans cette hypothèse, le basedowisme réflexe pourrait être justement comparé aux hystéries toxiques, à l'hystérotraumatisme, à certaines neurasthénies. Une lésion quelconque deviendrait, chez les prédisposés, le point de départ d'une série de désordres affectant les allures du goître exophthalmique primitif : c'est ce que veut dire Létienne (Manuel de médecine de MM. Debove et Achard), quand il déclare qu'il n'y a pas de faux goître exophthalmique, et que c'est peut-être ces prétendus faux goîtres qui sont la maladie de Basedow.

Cette théorie de la névrose générale, bien plus

large et plus compréhensive que les autres, a bien des chances d'être vraie ; seulement elle ne laisse guère d'espoir aux thérapeutistes ; c'est peut-être pour cela qu'on s'est efforcé de trouver d'autres explications.

5° *Théorie thyroïdienne.* — Nour arrivons maintenant au dernier groupe des théories pathogéniques. Cette fois, ce n'est plus le cœur, ce n'est plus le sang, ce n'est plus le système nerveux qui sont en cause : c'est la glande thyroïde. L'idée de rapporter le syndrôme de Basedow à une lésion thyroïdienne, n'est assurément pas neuve ; mais entre les idées vagues de compressions de nerfs, d'irritation du sympathique par le corps thyroïde trop volumineux, et les théories modernes, il y a toute la distance qui sépare les notions de nos devanciers des idées physiologiques actuelles sur le fonctionnement et le rôle du corps thyroïde.

Le promoteur de cette théorie est Möbius ; elle a été promptement acceptée (Joffroy) ; mais des divergences n'ont pas tardé à se produire. Si M. Renaut, en effet, paraît avoir établi la constance des lésions thyroïdiennes chez les Basedowiens, l'accord est loin d'être fait sur le mode d'action de ces lésions. Il n'est pas douteux que l'intoxication thyroïdienne détermine un ensemble d'accidents analogues au goître exophthalmique (Béclère) ; seulement s'agit-il

d'un trouble de la sécrétion ou d'un vice de l'excrétion ?

Notkine a étudié la glande thyroïde au point de vue chimique. D'après lui, la glande renferme une albumine composée, la thyroprotéine, et un ferment l'enzyme. Si la sécrétion de l'enzyme est insuffisante, la thyroprotéine s'accumule : le myxœdème serait la conséquence de cette accumulation. Si, au contraire, l'enzyme est produit en trop grande quantité, il intoxique à son tour, et le syndrôme de Basedow apparaît.

On ne s'est pas contenté d'invoquer l'excès de production de l'enzyme, c'est-à-dire une modification quantitative ; M. F. Renaut a fait intervenir aussi les altérations qualitatives de la sécrétion thyroïdienne. D'après ses recherches, la thyroïde adulte renferme une substance spéciale, non ou très peu toxique, la thyrocolloïne ; mais, chez le fœtus, la thyrocolloïne est remplacée par une substance qu'il qualifie d'inachevée, la thyromucoïne, très toxique. Il aurait constaté que chez les Basedowiens, le corps thyroïde ne renferme que la seconde de ces substances.

Le même auteur a fait aussi jouer un rôle important aux entraves que les lésions anatomiques apportent à l'excrétion des produits thyroïdiens. Il pense que la matière toxique fabriquée par la glande doit d'abord passer par les voies lymphatiques, où elle est soumise à la phagocytose qui annihile ses pro-

priétés nuisibles. A l'état normal, les voies lymphatiques sont largement ouvertes, et les vésicules closes n'ont aucune peine à y déverser leur sécrétion : mais, dans la maladie de Basedow, la thyroïdite interstitielle, qui serait constante d'après M. Renaut, étouffe les lymphatiques, il en résulte que le produit excrété est directement versé dans le sang.

Pour compléter la théorie, il reste à expliquer les phénomènes concomitants. C'est alors qu'intervient la notion d'une intoxication nerveuse générale, portant, non seulement sur le symphatique, dont personne ne méconnaît l'intervention, mais aussi sur les centres. On aurait donc ainsi une maladie à deux degrés : d'abord une lésion thyroïdienne, amenant à la fin la viciation de la sécrétion et la gêne de l'excrétion, et ensuite une action élective du poison sur le système nerveux.

On peut faire à cette théorie de nombreuses objections ; toutes n'ont pas la même valeur.

D'abord on peut arguer de l'inconstance et même de l'absence fréquente du goître chez les Basedowiens. Seulement il faut s'entendre. Si l'on cherche chez tous une tuméfaction thyroïdienne, il est bien évident qu'on ne la trouvera pas ; mais le goître n'est pas indispensable. Il suffit qu'il y ait des lésions thyroïdiennes, et nous avons dit que M. Renaut considère la thyroïdite interstitielle comme constante.

Une seconde difficulté réside dans le déterminisme étiologique de la lésion. Pour expliquer, dans les théories nerveuses pures, la genèse des troubles nerveux, on peut s'appuyer sur l'hérédité (Déjerine, Marie), sur l'existence de l'arthritisme (Rendu), sur l'influence des chocs physiques ou moraux. On peut même subordonner la lésion thyroïdienne à un trouble vaso-moteur (Riche).

Mais si l'on n'accepte pas ce rôle primitif du système nerveux, où chercher l'origine de la thyroïdite ? Dans certains cas où le basedowisme apparaît secondairement durant l'évolution d'un goître, l'hypothèse d'une intoxication consécutive à la lésion anatomique, néoplasme, thyroïdite chronique, etc., est très acceptable ; c'est ainsi que peuvent s'interpréter les « goîtres basedowifiés » de M. Marie. Mais quand il n'y a pas de goître ? D'où vient la thyroïdite interstitielle de M. Renaut ?

Avec les idées modernes, il était naturel de chercher l'origine infectieuse. Elle a été acceptée et soutenue par de nombreux auteurs. Pour nous former une opinion, nous avons dépouillé 80 observations. Sur ces 80 cas ; les antécédents infectieux étaient inconnus ou nuls dans 35 ; dans 18, il avait existé une fièvre typhoïde plus ou moins rapprochée du début des accidents basedowiens ; dans 5 cas, une variole ; dans 4 une rougeole ; 3 fois, du paludisme ; 2 fois, de l'érysipèle ; 3 fois, du rhumatisme anticu-

laire aigu ; 5 fois, la syphilis : 3 fois, la tuberculose. Chez plusieurs malades, il y avait eu des infections multiples. Mais la proportion des maladies infectieuses, un peu plus de la moitié des malades , n'autorise pas une affirmation. Dans 6 cas, on ne peut trouver d'autre cause que l'hystérie, dans 3 un traumatisme violent, ailleurs des émotions morales, causes qui expliquent très bien l'existence de troubles nerveux graves, mais qui n'ont évidemment pas pu amener d'une façon directe des lésions matérielles du corps thyroïde. Pour ce groupe de faits, il est clair que la thyroïdite primitive, ou, pour mieux dire, l'intoxication thyroïdienne primitive ne saurait être invoquée.

Les statistiques opératoires ne sont pas non plus d'accord avec la théorie thyroïdienne. L'intervention chirurgicale a donné quelques succès (Bénard), mais elle a eu aussi ses revers, et c'est précisément dans le vrai goître exophthalmique qu'elle a échoué (Bérard).

Il est vrai que cette objection n'est pas irréfutable ; on peut, à la rigueur, soutenir avec M. Bouchard que les éléments anatomiques qui ont subi, par le fait d'une maladie, une « orientation » défectueuse, gardent cette orientation, alors que la cause productrice a disparu. Mais c'est de l'hypothèse, et il y en a déjà tant !

Enfin, les résultats de la médication thyroïdienne sont contradictoires. Tandis que chez la majorité des malades, ces résultats ont été conformes à la théorie,

chez d'autres on a vu cette médication amener une détente des symptômes. La thyroïde que ceux-ci absorbaient leur apportait-elle un contre-poison ? C'est encore une hypothèse.

Que conclure de tout cela ? C'est qu'il n'y a pas une théorie pathogénique satisfaisante, et que le seul fait qui se dégage, c'est l'intervention prépondérante du système nerveux.

II

Les traitements et leurs résultats

Les procédés de traitement vantés contre le goître exophthalmique sont presque innombrables, ce qui n'est pas pour témoigner en leur faveur. Abandonnée d'abord, comme dans tant d'autres maladies incurables ou très graves, aux seuls efforts des médecins, la thérapeutique du basedowisme a tenté la chirurgie et presque tous les traitements modernes sont des traitements chirurgicaux. De là, la nécessité de diviser l'exposé thérapeutique en deux parties : la partie chirurgicale et la partie médicale. Nous allons d'abord passer en revue les traitements du premier groupe.

Nous laisserons de côté la question du manuel opératoire. Notre seul but est de donner, aussi complètement que possible, les statistiques afférentes à chaque procédé.

Nous examinerons d'abord les opérations pratiquées sur le corps thyroïde, puis les traitements nou-

veaux basés sur la section ou la résection du sympathique cervical.

Résultats des opérations pratiquées sur le corps thyroïde

On a pratiqué la thyroïdectomie totale. la thyroïdectomie partielle, l'exothyropexie.

L'étude de ces diverses opérations a été bien faite dans la thèse très documentée de Bérard (Lyon, 1896).

Il est difficile de faire la part exacte de ce qui revient à chacune des deux premières opérations. Les statistiques publiées ne font presque jamais la distinction. De plus, aucune de ces statistiques n'est complète, quelques cas ayant échappé à leurs auteurs, et enfin beaucoup de faits se trouvent mentionnés dans plusieurs relevés, d'où une difficulté presque insurmontable dans l'appréciation des résultats.

Le premier travail d'ensemble est dû à Buschan (1894) ; il porte sur 80 cas et donne :

Guérisons	31
Améliorations	20
Morts	6
Aggravations	16
Résultats inconnus	7
	80

Nous trouvons ensuite une revue de Heydenreich de Nancy, portant sur 60 cas avec :

Guérisons totales et améliorations	49
Aggravations	5
Tétanie	2
Morts	4
	60

Puis enfin le travail beaucoup plus complet d'Allen Starr (1896), qui donne avec quelques détails la relation de 155 thyroïdectomies comprenant (le nombre des cas cités est de 190) :

Guérisons complètes	74
Améliorations	45
Insuccès	3
Morts immédiates ou très rapides	33
	155

C'est-à-dire que le nombre des insuccès et des morts atteint selon les auteurs : 25 o/o (Buschan), 17 o/o (Heydenreich), 21 o/o (Allen Starr). Ce ne serait pas un chiffre décourageant, si l'on était fixé sur deux points : les malades pouvaient-ils être considérés comme incurables par les moyens ordinaires, — et, en second lieu, les guérisons obtenues ont-elles été définitives ?

Le relevé d'Allen-Starr répond à la première question. Les 74 malades guéris avaient été, sans résultat, soumis aux traitements médicaux. Mais nous

manquons de renseignements sur le second point, et malheureusement nous savons que des rémissions assez longues ont pu se produire, mais que, par la suite les malades ont été repris d'accidents assez graves, pour qu'une nouvelle intervention, la sympathicotomie, ait été jugée nécessaire (fait de Jaboulay). Et le myxœdème opératoire n'est pas un petit danger.

Plus encourageants sont les résultats de la thyroïdectomie partielle :

Vette, en 1892, en relate 3 avec 3 guérisons.

Freiberg, en 1893, sur 22 cas, trouve 20 guérisons et deux morts ; (les autres cas de son relevé n'appartiennent pas à la maladie de Basedow).

Mikulicz, sur 8 cas, obtient 5 guérisons et 3 améliorations. Un de ces faits est particulièrement intéressant : la portion du thyroïde restée en place prit un tel développement que l'on dut recourir en dernier lieu à l'ablation totale.

Enfin, Briner nous donne une statistique portant sur 61 cas, dont 8 opérés par Socin et revus entre 6 mois et 5 ans 1/2 après l'opération, et obtient un total de 82 résultats heureux pour cent. Bérard fait remarquer qu'il s'agit vraisemblablement de basedowisme secondaire ; c'est, du moins, ce qui semble résulter des descriptions de tumeur données par Briner.

Quant à l'exothyropexie, elle semble aujourd'hui quelque peu abandonnée même par ses promoteurs.

Pratiquée pour la première fois par MM. Poncet et Jaboulay, elle fournit la statistique suivante, sur 11 cas :

5 guérisons ou améliorations considérables ;

3 guérisons après des interventions que l'exothyropexie avaient rendues plus faciles ;

1 insuccès, le malade a fini cependant par guérir, après des thyroïdectomies et une section des deux sympathiques ;

2 morts rapides.

Les chirurgiens lui reprochent d'exposer à de graves accidents d'infection.

La ligature des artères thyroïdiennes a donné lieu à des travaux assez nombreux, dont le plus important est celui de Rydigier (Langenbeck's Archiv. 1890) ; il obtint 20 guérisons sur 22 cas et n'observa aucun accident grave ; Kocher a obtenu, sur 34 cas, 31 guérisons et 3 morts.

Ce sont des résultats encourageants ; mais ici encore, il est trop certain qu'il s'agissait de basedowisme secondaire ; seulement, le traumatisme opératoire étant beaucoup moindre que dans les autres opérations pratiquées sur le corps thyroïde, on peut y recourir plus facilement. S'il était démontré que les résultats éloignés sont réellement bons, il n'y aurait pas à hésiter. Malheureusement, les statistiques ne s'attachent guère qu'à la question de mortalité ; et, trop souvent, quand l'observation indique un succès,

c'est « succès opératoire » qu'il faudrait lire. Cette observation est d'ailleurs applicable à la plupart des statistiques chirurgicales, au moins en ce qui concerne le goître exophthalmique. Il faut reconnaître aussi que les malades vraiment guéris ne donnent guère de leurs nouvelles, et qu'il est assez rare de revoir un opéré quelques années après l'intervention, si aucun accident nouveau n'est venu solliciter son attention.

Résultats de la sympathicotomie et de la sympathectomie

Statistique opératoire. — Le bilan actuel des opérations sur le sympathique se compose de 33 cas. Sur ce nombre, on enregistre en bloc :

	Cas	Succès complets	Incomplets	Morts
Jaboulay	10	2 discutables	5	3 dont une après succès opératoire, par grippe infectieuse
Jonnesco	10	6	4	
Faure	3	»	3	
Gérard-Marchant et Abadie.....	1	»	1	
Chauffard et Quénu....	1	»	1	
Soulié...	1	»	1	
Schwartz.....	2	»	2	
Cerkez et Juvara	1	1	»	
Combemale et Gautier.	1	»	1	
Durand.....	1	1	»	
Peugniez	1	»	»	1
Témoin....	1	»	»	1
	33	10	18	5

X

vr. 1899. Soc Biologie in Sem Med. 8 fev. 1899. Abadie guerie

Tous les succès ont été obtenus soit dans les formes frustes, soit dans les formes lentes, soit dans le basedowisme secondaire. Au contraire, les cas aigüs n'ont donné que des revers ; le basedowisme primitif à marche lente n'a donné que des revers ou des résultats incomplets, tandis que les formes frustes et le basedowisme secondaire n'ont à enregistrer chacun qu'une mort.

Boissou, s'est livré dans sa thèse à une critique très serrée des faits publiés. Aucun ne trouve grâce devant lui : aux uns, il reproche d'être incomplets ; aux autres, de n'avoir pas subi l'épreuve du temps ; à la plupart, sinon à tous, de ne rien prouver du tout. C'est aller trop loin. Il ne faut pas oublier que la section du sympathique a été, chez une opérée de Jaboulay, la seule intervention qui ait donné un résultat vraiment favorable. Il ne faut pas non plus perdre de vue que tout en offrant des difficultés, ou, si l'on veut, des délicatesses d'exécution beaucoup plus grandes qu'on ne serait tenté de le croire, l'opération est certainement, évidemment, moins compliquée et moins périlleuse que toutes celles qui se pratiquent sur le corps thyroïde, exception faite peut-être pour la ligature des artères.

Il est remarquable de voir combien l'interruption du cordon sympathique, en apparence si important, a peu de retentissement sur la vie physiologique du malade. Il ne semble pas qu'il en soit résulté des

troubles sérieux chez aucun des opérés ; plusieurs, cependant, ont été assez longtemps suivis, et la seule conséquence du traumatisme opératoire a été la disparition ou, tout au moins, l'atténuation très marquée des désordres. L'avenir seul pourra décider de la valeur absolue de cette opération ; mais on peut dire en s'appuyant sur la physiologie expérimentale, que c'est la plus rationnelle des méthodes sanglantes.

Traitement électrique

L'idée de ce traitement remonte à Erb qui a conseillé la faradisation du grand sympathique. Mais c'est surtout à M. Vigouroux, que l'on doit les règles précises applicables à l'électrothérapie dans la maladie qui nous occupe.

Cet auteur a d'abord essayé la franklinisation. Mais malgré les résultats remarquables de cette méthode dans la neurasthénie et l'hystérie, elle ne trouve pas son emploi chez les basedowiens ; ceux-ci la supportent fort mal, peut-être à cause de la diminution de la résistance électrique qui est si frappante chez eux.

On pourrait employer indifféremment le courant galvanique (Chvostek) ou le courant électrique. Mais le premier a le désavantage d'agir plus lentement.

M. Vigouroux recommande une technique dont nous n'indiquerons que les données fondamentales ; elle consiste à exciter les régions où la vaso-dilatation est manifeste, tumeur thyroïdienne, globes oculaires ; à calmer au contraire, la tachycardie par l'application du pôle positif sur la région précordiale.

Cette méthode est bien tolérée, on ne connaît pas d'accidents qui lui soient attribuables ; les seuls inconvénients signalés sont d'abord les sensations désagréables que provoque le courant, et auxquelles on remédie facilement en diminuant l'intensité, et ensuite, chez les malades atteints d'exophtalmie très marquée, un mouvement brusque et assez inquiétant du globe de l'œil en avant, quand on vient à exciter un point situé à un centimètre en arrière et au-dessous de la queue du sourcil (Vigouroux). Il est facile d'éviter cet inconvénient en n'appliquant pas l'électrode sur le point dangereux.

Si elle n'est pas toujours efficace, la méthode de Vigouroux n'est jamais nuisible ; seulement elle demande un temps très long, six mois au moins, à raison d'une séance tous les deux jours.

Nous manquons malheureusement de statistiques, en sorte que nous ne pouvons donner même approximativement, le bilan des succès et des échecs du traitement électrique.

Traitement hydrothérapique

L'hydrothérapie a constitué pendant longtemps le traitement fondamental du goître exophtalmique; peut-être même en a-t-on quelque peu abusé car si elle est un des plus précieux moyens dont dispose la neurothérapie, elle n'est pas exempte d'inconvénients.

Peter et avant lui Trousseau avaient déjà préconisé hautement cette méthode; Peter conseillait la douche froide, en jet brisé, très courte, sur le rachis; à défaut de douches, les lotions avec l'éponge ruisselante.

Beni-Barde a recommandé une technique plus compliquée mais aussi plus précise et tenant compte des diverses indications spéciales à chaque malade. Le fond du traitement c'est la douche, froide d'emblée ou tiède, selon la tolérance du malade; mais il y ajoute des bains de siège, des douches utérines, des enveloppsments humides. Il est juste de dire que Trousseau avait préconisé cette manière de faire et qu'il y eut recours avec succès pour la malade dont il rapporte l'histoire dans ses cliniques (6e édition, T. II, p. 598) et pour qui, le traitement hydrothérapique, dirigé par Gillebert

d'Hercourt, fut conduit de manière à amener la congestion du côté de l'utérus « parce que toutes les rechutes avaient été précédées de diminution ou de suppression complète des règles. »

Dans la même clinique, Trousseau déclare s'être bien trouvé des applications froides sur la région précordiale et la région thyroïdienne. Nous n'avons jamais vu employer ce procédé, mais il semble *a priori* qu'il pourrait avoir sur certains goîtres une action favorable. Agirait-il aussi bien contre la tachycardie ? Peut-être, mais nous croyons qu'il agirait surtout dans les cas où la tachycardie s'accompagne d'un affaiblissement marqué des contractions cardiaques.

Médication thyroïdienne

cf Martin.

La présence fréquente d'une lésion macroscopique de la thyroïde ; la constance des lésions histologiques devaient naturellement suggérer l'idée d'employer la médication thyroïdienne dans le traitement de la maladie de Basedow. Avec les idées régnantes, cette médication semble irrationnelle. Cependant les auteurs sont partagés ; tandis que les uns se louent de son emploi, d'autres la repoussent.

MM. Dreyfus-Brisac et Béclère (Soc. méd. des

Hôp. 1894), M. Joffroy (congrès de Bordeaux 1895) ont signalé des accidents graves consécutifs à l'emploi de la médication thyroïdienne chez les Basedowiens. Ewald, la même année, au Congrès des médecins allemands, déclare n'en avoir retiré aucun effet. Bruns de Tubingen en vante, au contraire, les résultats. M. Ballet paraît avoir obtenu quelques résultats dans cinq cas de goître exophthalmique.

On ne peut conclure d'une manière absolue ; mais il semble que plus que partout ailleurs, il soit nécessaire d'observer la plus grande prudence. Peut-être, une telle médication doit-elle être réservée aux cas d'ailleurs fort rares, tel que celui de Solier, où des accidents myxœdémateux coexistaient avec un goître exophthalmique : peut-être aussi serait-on autorisé à y recourir chez les malades affectés de lipôme sus-claviculaire.

Traitement médical

Quand la chirurgie, renouvelée et rendue audacieuse par l'introduction des méthodes antiseptiques, a pu obtenir de beaux succès là où les plus timides tentatives opératoires étaient proscrites et presque taxées de folie, bon nombre de maladies ont passé du domaine des médecins dans celui des chirurgiens.

Ces derniers ont osé, et le plus souvent au grand bénéfice des malades, traiter des affections que les plus grands opérateurs d'autrefois faisaient volontiers semblant d'ignorer. Le chirurgien d'aujourd'hui se double d'un médecin ; il sait, comme le dit M. Bouchard, diagnostiquer et délimiter avec précision une caverne pulmonaire, un épanchement pleural, et, tout naturellement, il traite avec décision ces accidents qu'il connaît bien. Dans beaucoup de cas, la chirurgie apparaît comme la suprême ressource, quelquefois comme la seule sauvegarde du malade.

C'est ainsi qu'ont marché les choses pour le goître exphthalnique. Le connaissant bien, les chirurgiens n'ont pas hésité à tenter une thérapeutique radicale ; nous venons de voir que si le succès leur a souvent donné raison, ils ont du fréquemment aussi enregistrer des échecs.

La médecine peut donc revendiquer sa part, et si cette part n'est plus, comme autrefois, une absorption totale, elle est encore assez large. Nous dirions même volontiers, quelque réactionnaire qu'une telle opinion puisse paraître, qu'elle nous paraît devoir être dans l'avenir plus considérable que celle de la chirurgie, car elle peut et doit agir seule dans beaucoup de cas, et dans les autres, elle doit fournir les moyens de préparer et de compléter la cure entreprise par le chirurgien.

Chacun des composants de la fameuse triade a

été successivement visé par la thérapeutique médicale, et selon la prédominance de tel ou tel symptôme, goître, palpitations, troubles nerveux divers, on a conseillé et donné avec plus ou moins de succès les préparations iodées, la digitale et ses succédanés, les bromures et les médicaments analogues ; contre l'anémie, les ferrugineux.

Médication antigoîtreuse. — Nous ne parlerons pas ici de la médication thyroïdienne, qui a fait l'objet d'un chapitre précédent, pas plus que nous ne parlerons de l'hydrothérapie à propos des accidents nerveux. La médication dont il est question ici, c'est la médication iodique. Que vaut-elle ? Les avis sont très partagés.

D'abord, la voie employée varie. Les injections interstitielles de teinture d'iode ou de solution iodo-iodurée (Luton, Duguet) ont donné quelques succès ; mais elles ont aussi déterminé de graves accidents (Mac Nauhaton Jones), en sorte qu'aujourd'hui elles sont bien abandonnées. Peut-être, pourrait-on, sans témérité, y recourir contre certains goîtres fibreux, mais en opérant avec une extrême prudence. C'est là d'ailleurs un traitement plus chirurgical que médical.

L'usage interne des préparations iodiques a été très diversement apprécié. « Presque tous les observateurs, dit Trousseau, ont donné les préparations iodées, mais bientôt presque tous furent unanimes pour en rejeter l'emploi, parce que, pendant le traite-

ment par l'iode, il survenait une exacerbation de tous les symptômes. » Puis, il cite des faits, en particulier une observation d'Oliffe, dans laquelle l'iodure de potassium, à la dose de 7 centigrammes par jour, amena des accidents graves ; il mentionne l'opinion défavorable de Rilliet qui avait vu un centigramme d'iodure provoquer les phénomènes les plus inquiétants. Et cependant il ne se déclare pas convaincu ; en effet, dans « un goître exophthalmique à forme aiguë », il a vu l'iode produire une amélioration ; deux autres fois, le même résultat fut obtenu. Que ce soient là des faits exceptionnels, comme le pense l'éminent clinicien, c'est possible, mais ils n'en existent pas moins et l'iodure de potassium peut trouver son emploi.

Nous pensons qu'il doit être réservé aux goîtres anciens, fibreux, et aux cas où il existe de l'hypertension artérielle. Ces cas sont, sans doute, assez rares, mais on peut en rencontrer, et la thèse de Mendez Estrada sur l'artério-sclérose en renferme un emprunté à Peter. Si l'on se décidait à administrer l'iodure, il faudrait, pensons-nous, le donner à des doses assez fortes, 1 gr., 1 gr. 50, 2 gr. par jour et non à des doses plus faibles qui peuvent offrir les mêmes inconvénients sans procurer les mêmes avantages.

Médication toni-cardiaque. — Tout l'arsenal thérapeutique des maladies du cœur a été employé ici ; mais avec quelle variabilité dans les résultats !

Tout naturellement on a d'abord songé à utiliser

la digitale : tandis que les uns, avec Trousseau, la préconisent, d'autres la rejettent comme un médicament dangereux et infidèle.

Trousseau n'hésitait pas à la donner à fortes doses. « Tâtez vos malades, dit-il, et ne vous arrêtez qu'au moment où vous aurez produit chez eux un commencement d'empoisonnement, lorsqu'ils se plaindront de vertiges, de céphalalgie, de maux de cœur. Le pouls vous indiquera aussi quand vous devrez diminuer ou suspendre les doses. Lorsque le pouls ne battra plus que 70 à 60 fois par minute, interrompez la médication ou bien modérez-en l'action. » Il a pu donner jusqu'à 100 gouttes de teinture de digitale dans l'espace de 10 heures, à raison de 10 gouttes d'heure en heure.

A ces résultats favorables on peut opposer l'opinion de Môbius, qui compare la digitale et ses dérivés à des poisons, et n'a vu que des aggravations après leur emploi. On pourrait invoquer l'observation de MM. Quénu et Chauffard dont le malade est mort de digitalisme aigu : mais il suffit de lire le fait pour se convaincre que la thérapeutique n'y est pour rien : absorber 50 granules de digilatine n'est pas un traitement, c'est un empoisonnement dont la faute est due toute entière à la stupidité du malade.

Il y a évidemment ici une question d'indication qui prime tout. Nombreux sont les basedowiens asystoliques, dont le cœur dilaté, avec ou sans lésions val-

vulaires, ne peut plus suffire à sa tâche. A ceux-là la digitale devient de droit ; chez ceux qui n'ont que des troubles purement fonctionnels, analogues à ceux des neurasthéniques, la digitale fera certainement plus de mal que de bien.

Le strophantus a été conseillé surtout par Fergusson : mais, d'après cet auteur, il faut en donner d'assez fortes doses ; il conseille d'en administrer XXV à XXX gouttes par jour, en trois fois.

G. Sée avait beaucoup vanté la teinture de veratrum viride. C'est un médicament quelque peu oublié aujourd'hui, mais qui mérite peut-être d'être réhabilité. Sée recommande de donner par jour, une dose correspondant à 5-15 milligrammes de vératrine. Nous avons pu en apprécier les bons effets dans un cas. Il y aurait peut-être lieu de préférer, le cas échéant, ce médicament à beaucoup d'autres en raison de son action spéciale sur le système nerveux. Voici un fait relatif à l'emploi de ce médicament, il nous paraît encourageant.

OBSERVATION

Madame Véronique L..., soignée par notre ami le Docteur H..., d'Auteuil, nous est confiée par ce dernier pendant quelques jours.

La malade âgée de 49 ans, est femme de chambre. Elle n'a jamais fait de maladie grave : peut-être, une fièvre typhoïde il y a plus de 20 ans. Elle a une fille robuste et bien portante. Les antécédents de famille sont nuls ; sa mère aurait été un peu « nerveuse », mais elle ne peut dire exactement en quoi consistait cet état nerveux.

La maladie actuelle a débuté il y a 3 mois, à la suite d'émotions et d'ennuis. Elle a constaté une légère augmentation du volume du cou ; en même temps elle a commencé à maigrir, est devenue plus irritable, et ses règles jusqu'ici fort régulières, ont manqué deux mois de suite.

Au moment où nous la voyons (4 novembre 1898) elle présente les phénomènes suivants :

Elle est petite, maigre, et présente à un degré marqué le facies basedowien ; les yeux, médiocrement saillants, sont brillants, hagards, et offrent bien l'aspect de la colère figée. Elle ne peut tenir en place, s'agite constamment. Tremblement très net des bras et des mains.

Au niveau du corps thyroïde, tuméfaction peu marquée, plus sensible à droite qu'à gauche, de consistance demi-molle, donnant à la main une légère sensation de frémissement.

Cœur à 110-120. Pas de bruits anormaux.

Impulsion forte. Artères un peu dures.

La malade a été soumise aux douches qu'elle n'a pas prises régulièrement et qui lui sont insupportables. Le bromure de potassium, à la dose de 3 gr. par jour, a ramené un peu de sommeil et peut-être un peu d'appétit ; mais aucune modification du

côté des autres phénomènes. Elle a aussi pris des granules qu'un médecin lui a prescrits ; mais elle ne peut nous dire si c'était de la digitaline. Ces granules auraient amené une recrudescence des accidents (?). En raison de sa situation elle n'a pu suivre un traitement électro-thérapique,

L'idée nous vient alors de lui conseiller la teinture de veratrum viride à la dose de X gouttes par jour, en augmentant progressivement jusqu'à XX.

10 Novembre. — Sédation manifeste des phénomènes cardiaques et du tremblement. Cœur à 90. On continue la médication que le Dr H..., veut bien se charger d'appliquer.

Nous revoyons la malade le 28 décembre. Elle est très améliorée ; le cœur est à 70 ; le tremblement a notablement diminué ; l'agitation nerveuse est bien moindre et l'appétit assez régulier. Surtout la modification du facies est très frappante. L'exophthalmie n'est presque plus sensible, et sans avoir l'expression normale, les yeux n'ont plus l'aspect sauvage qu'ils avaient au début.

Médication neurothérapique. — On a, cela va sans dire, essayé tous les calmants. L'opium, la valériane ont été donnés ; pour le premier, bien qu'il puisse trouver son indication dans quelques cas où les accidents douloureux sont très marqués, nous croyons qu'il vaut mieux y recourir le moins possible, l'accoutumance avec tous ses dangers pouvant s'établir très facilement chez des malades où l'état psy-

chique est si défectueux. Il a été employé, avec des fortunes diverses, dons les crises diarrhéiques.

Le chloral ne nous paraît pas recommandable en raison de son action dépressive sur le cœur et la circulation.

Le bromure de potassium a été introduit dans la thérapeutique du goître exophthalmique par Gosset ; ce médecin paraît avoir été guidé surtout par l'analogie chimique des bromures et des iodures; du moins c'est ce que l'on peut conclure d'une phrase de Trousseau. Partant d'un autre point de vue, M. Joffroy, dans ces dernières années, a, de nouveau, recommandé son emploi à la dose quotidienne de 2 à 4 grammes. Il diminue notablement l'irritabilité, l'insomnie, l'anxiété des malades : M. Potain a montré combien l'érhétisme cardiaque peut bénéficier de son intervention. C'est un médicament à utiliser chez les excités, les agités ; il trouverait naturellement son application dans les cas où le basedowisme s'accompagne d'accidents convulsifs. Toutefois, il ne faudrait pas perdre de vue la remarque de Charcot, qui croyait que le bromure était plus nuisible qu'utile chez les hystériques.

L'antipyrine pourrait trouver aussi des indications multiples. D'abord, elle est très supérieure à la quinine (Joffroy) dans la fièvre des basedowiens ; par ses propriétés analgésiantes, elle peut calmer les douleurs névralgiques parfois si vives qui tourmentent

quelques malades ; elle déprime le système nerveux excité et pourrait ainsi ramener le sommeil ; enfin son action incontestable dans le diabète, où elle amende souvent avec rapidité la polyurie, la polydipsie et la glycosurie, la rendrait précieuse chez les basedowiens polyuriques et glycosuriques, qu'il s'agisse de basedowisme surajouté au diabète, ou, au contraire, de phénomènes pseudo-diabétiques venant compliquer un goître exophthalmique.

Gowers a préconisé la belladone ; Smith et M. Grasset en ont également conseillé l'usage, en vertu d'une idée théorique : la paralysie supposée du grand sympathique. Nous avons pu voir une malade améliorée par son emploi.

Médication tonique. — Le fer a été conseillé par quelques auteurs. Trousseau en rejetait à peu près toujours l'usage. V. Grœfe, sans partager complètement son opinion, déclare le fer dangereux quand le pouls dépasse 100. Peut-être, à l'exemple de Trousseau lui-même, serait-il bon de l'associer à l'iode dans quelques cas : Russel Reynolds l'a donné avec le bromure et déclare en avoir retiré quelques avantages. Il faudrait, si on le donnait, l'administrer avec beaucoup de prudence.

M. Jaccoud s'est bien trouvé de l'acide arsénieux (4 à 6 milligrammes) combiné avec les ferrugineux.

Nous ne savons ce que pourraient donner chez les basedowiens les préparations de kola. Peut-être en

retirerait-on quelques bons effets chez les sujets déprimés, à la condition d'en surveiller l'action.

A la médication tonique se rattache étroitement la question de l'alimentation. Létienne fait remarquer que la fréquence des troubles digestifs, de la diarrhée, etc., sont un obstacle à l'alimentation régulière des malades. Il conviendrait d'y ajouter l'anorexie, si fréquente chez eux; parmi les bons effets du traitement électrique de M. Vigouroux, on trouve mentionnée la régularisalion de l'appétit. Il faudrait, en tout cas, s'efforcer de donner aux patients une alimentation réparatrice sous un petit volume, et leur recommander l'abstention de l'alcool, du café, du thé, etc.

III

Indications thérapeutiques

Si nous jetons maintenant un coup d'œil sur l'ensemble de la question, nous reconnaîtrons tout de suite cette vérité : tous les traitements ont donné des succès, tous ont à enregistrer des revers. Faut-il attribuer à la malechance, à des défauts ou à des erreurs de technique, le mauvais résultat des tentatives ? La malechance n'est qu'un mot ; quant à la technique, il est peu probable que des opérateurs exercés ou des médecins instruits aient commis des erreurs assez graves pour compromettre le succès. Il faut donc chercher une autre raison ; elle est probablement dans la diversité des conditions d'origine et des phénomènes concomitants : si le syndrôme de Basedow est un, les accidents qui l'accompagnent, les réactions propres des maladies, modifient beaucoup ses allures et son pronostic.

Peut-on classer les types existants et préciser pour chacun des indications thérapeutiques. Nous

croyons que la besogne, pour difficile qu'elle soit, n'est pas impossible ; en tous cas, elle est moins ardue aujourd'hui qu'il y a quelques années ; et s'il n'est pas possible de donner une solution complète de toutes les difficultés, on peut tenter d'en résoudre quelques-unes.

C'est ce que nous allons essayer de faire.

Degré de curabilité des formes :

Il paraît certain que la forme secondaire du basedowisme est plus curable que la forme primitive. C'est dans cette forme que la thérapeutique opératoire a remporté ses plus beaux succès.

Avant tout, il importe de préciser ce qu'est ce basedowisme secondaire.

En considérant l'étiologie des cas, on est amené à distinguer deux catégories très différentes.

Dans l'une, le syndrôme est apparu sans cause provocatrice appréciable, autre que l'hérédité nerveuse ; dans l'autre, on le voit se développer consécutivement à une affection quelconque ; goître, maladie infectieuse, lésion cardiaque, lésion nasale ; dans tous ces cas, il est bien certain qu'il faut une prédisposition ; mais le syndrôme n'a pas ici la même gravité que dans le groupe précédent. La maladie de Basedow se comporte, en somme, comme l'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie, névroses générales auxquelles l'unissent détroits liens de parenté. On peut englober sous le nom de basedowisme secondaire tous

les faits où l'apparition des accidents est manifestement sous la dépendance d'une lésion organique préexistante. Peut-être serait-il plus juste de désigner de tels cas par l'expression de basedowisme réflexe.

On a beaucoup écrit sur cette variété. Il est hors de doute que les accidents basedowiens peuvent venir compliquer un goître quelconque ; le goître basedowifié de M. Marie est classique aujourd'hui.

M. Potain, dans ses leçons cliniques et dans la thèse de ses élèves, Maurice Bureau et Mayzèle, a insisté sur les rapports qui unissent les lésions aortiques et le goître exophtalmique. Le goître exophtalmique, dit Trousseau, peut se montrer chez des sujets précédemment affectés de maladies du cœur. M. Jaccoud, après avoir déclaré dans une note à la traduction de Graves, que la coexistence d'une affection organique du cœur suffit à faire rejeter le diagnostic de goître exophtalmique, revient sur cette opinion dans son traité de pathologie interne, et admet « des faits complexes dans lesquels la névrose spéciale a pris naissance dans le cours et sous l'influence de la maladie valvulaire ». Enfin, G. Sée dit formellement : « La maladie de Basedow a pour base constante une affection cardiaque ou une névrose du cœur. En effet, je crois qu'il peut y avoir, dans certains cas, comme point de départ une maladie du cœur. Les auteurs disent tout le contraire et considèrent les palpitations comme étant toujours le résul-

tat d'un trouble fonctionnel, mais cette opinion est certainement trop absolue. »

Cependant la majorité des auteurs ne se montre pas favorable à cette idée et tous admettent volontiers que les lésions matérielles du cœur sont consécutives à la tachycardie. Nous citerons, en particulier, M. Rendu, (Dict. Encycl. des sc. méd.) ; il en était de même de Charcot, dont l'opinion est précisée et défendue dans la thèse de Lescaux, (1885, Paris, 276).

A côté des affections du cœur, Rey, (Th. de Paris, 1877), a cité des cas d'affection utérine provoquant l'apparition du syndrôme.

Enfin, dans ces dernières années, les médecins qui s'occupent spécialement des maladies du nez ont enregistré des cas nombreux de basedowisme réflexe. Hoppmann, Hack, (1886), l'ont vu apparaître sous la dépendance de polypes muqueux des fosses nasales ; Frankel, Semar, Semon, au cours de la rhinite chronique avec hypertrophie de la muqueuse des cornets ; Gradenigo au cours de l'ozène. P. Tissier a publié sur la question, une revue dans les *Annales de Médecine*, du 14 septembre 1892.

Les caractères de ce basedowisme réflexe sont assez nets.

D'abord il peut disparaître quand la cause qui l'a produit disparaît elle-même. C'est ainsi qu'on l'a vu s'atténuer plus ou moins rapidement à la suite d'une médication énergique dirigée contre l'affection

valvulaire ; après un traitement dirigé contre les troubles utérins, les lésions nasales ; enfin, de nombreux chirurgiens ont obtenu sa disparition en pratiquant la thyroïdectomie.

Toutefois, cette disparition complète ou cet amendement des phénomènes ne sont pas constants. Il y a quelque chose qui nous échappe, Peut-être le système nerveux trop ébranlé ne peut-il plus réagir ?

Un second caractère, plus certain, c'est que le développement des accidents est notablement postérieur à celui de la lésion causale. Mais il y a ici une cause d'erreur qu'il importe de signaler.

Il ne suffit pas, en effet, qu'un sujet présente, par exemple, un goître, et plus tard les accidents du goître exophthalmique pour affirmer que ceux-ci dérivent de celui-là. Chez certains malades, l'intervention d'une autre cause, chagrins, frayeur, a été la cause déterminante du basedowisme ; c'est-à-dire, qu'abstraction faite de son goître, le malade n'est qu'un basedowien vulgaire, atteint à la suite d'une secousse nerveuse.

Il est possible, que chez de tels sujets, la lésion locale ait favorisé l'apparition des accidents, mais rien ne le prouve. Quelques-uns des malades de Jaboulay offraient cette particularité. Il semble résulter de la lecture des observations que l'intervention leur a été moins favorable qu'aux autres, atteints de basedowisme nettement secondaire.

Enfin, on peut dire que, d'une façon générale, la marche des accidents est moins rapide, moins aiguë que dans la forme primitive, et le pronostic est certainement moins mauvais.

Toutes ces particularités permettent d'espérer *a priori* qu'on aura quelques chances de réussir dans de tels cas. Seulement, à notre avis, on ne doit pas s'en tenir à une formule thérapeutique : il y a des indications qui, sans offrir une précision mathématique, se présentent cependant avec assez de netteté.

Il va de soi qu'on ne peut faire subir un grave traumatisme chirurgical à un sujet cardiaque. Il s'en trouve un parmi les opérés de Jaboulay. Le résultat fatal ne s'est pas fait attendre. Ici on devra évidemment soigner le cœur ; c'est dans de tels cas que la digitale, les iodures mêmes, le bromure s'il y a de l'éréthisme cardiaque, la trinitrine peuvent trouver leur emploi. Les faits de M. Potain démontrent l'utilité de cette médication. Quant à l'élément nerveux, on ne pourra lui opposer de moyens très énergiques, l'hydrothérapie, en particulier, ne saurait être conseillée. La médication thyroïdienne, d'ailleurs si rarement utilisable dans le goître exophthalmique, serait, croyons-nous, encore moins indiquée ici qu'ailleurs, en raison de l'excitation cardiaque qu'elle peut déterminer.

S'agit-il des accidents survenus au cours d'une maladie des fosses nasales ? C'est à un traitement appro-

prié qu'il faudra avoir recours, et on peut espérer réussir ; les faits de Hack sont des plus encourageants. La question est plus complexe quand il s'agit d'un goître basedowifié, bien qu'elle paraisse très simple au premier abord : il semble, en effet, qu'en présence d'une lésion matérielle saisissable et accessible à l'intervention chirurgicale, il n'y ait rien de mieux à faire que de recourir à cette intervention.

Les résultats, que nous avons exposés plus haut, sont encourageants. Mais si bons qu'ils aient été chez plusieurs malades, il n'en est pas moins vrai que souvent ils n'ont pas été complets. Celà tient peut-être à une condition spéciale sur laquelle nous aurons à nous expliquer.

Et d'abord, à quelle intervention faut-il donner la préférence ? Fera-t-on la thyroïdectomie totale, la thyroïdectomie partielle, l'exothyropexie où s'adressera-t-on d'emblée au sympathique ?

Théoriquement, la thyroïdectomie totale représente l'opération de choix. Mais on ne peut plus la préconiser depuis les recherches de Reverdin et de Kocher. Si, en effet, le malade n'a pas de thyroïdes accessoires, on ne l'aura débarrassé de son goître exophthalmique, — si l'opération a réussi ! — que pour le jeter dans la cachexie myxœdémateuse. Donc, malgré les avantages supposables, la thyroïdectomie totale ne paraît pas recommandable.

La thyroïdectomie partielle, qui n'expose pas au

myxœdème et a donné des succès, nous semble bien préférable, en dépit de son inutilité théorique.

Quant à l'exothyropexie, elle ne semble plus être en faveur, même parmi ceux qui l'ont préconisée.

Reste la question du sympathique.

Comme nous l'avons vu, la sympathectomie donne plus de résultats que la sympathicotomie, et il faut opérer des deux côtés. Assez difficile, malgré son apparente simplicité, l'opération donne un assez grand nombre de succès et de demi-succès, et compte en somme, peu de revers graves. Seulement, elle n'agit sur le goître que d'une manière inconstante et variable.

En particulier, et cela n'a rien d'étonnant, elle ne semble pas avoir beaucoup d'action sur les goîtres anciens. Malgré toutes les critiques, elle a certainement rendu des services. Seulement, comme les autres méthodes chirurgicales, elle a beaucoup de résultats incomplets.

La raison nous paraît résider dans les conditions spéciales dont nous parlions plus haut. Cette condition, c'est qu'on a beaucoup trop dédaigné ce traitement médical, dans la plupart des cas, après l'opération. A notre avis, de même qu'on ne néglige pas les prescriptions d'hygiène générale et de thérapeutique chez un tuberculeux guéri chirurgicalement d'une lésion osseuse ou articulaire, il conviendrait de ne pas perdre de vue l'état névropathique des basedo-

wiens, et de les soumettre à une cure appropriée à leur cas : hydrothérapie, traitement hydrominéral, bromures, valériane, médication tonique, etc.

Cette précaution serait d'autant plus justifiée, qu'en somme on guérissait quelquefois la maladie de Basedow avant les tentatives des chirurgiens. Pour nous, voici la conduite qui nous semblerait la plus judicieuse.

Essayer d'abord le traitement électrique qui a donné de beaux succès ; si, par une raison quelconque, intolérance, indocilité des malades, impossibilité pour le médecin de l'appliquer régulièrement, ce traitement ne pouvait être employé, tenter la mise en œuvre des vieux moyens, hydrothérapie, préparations de digitale, de vératrum, de strophantus, combinées avec la médication tonique que réclame presque toujours l'état des malades.

En cas d'échec, intervenir chirurgicalement. Mais nous préférons les opérations sur le sympathique aux interventions sur le corps thyroïde, à moins qu'il ne s'agisse d'un goître volumineux, entraînant par sa présence des troubles mécaniques graves. Et si cette particularité, d'ailleurs rare, n'existait pas, nous conseillerions la résection de préférence à la section simple, et l'opération bilatérale.

Mais, en ce qui concerne les formes aiguës, la conduite du thérapeutiste doit être bien différente. Ici, la chirurgie n'enregistre que des revers. Le trai-

tement médical n'a pas, hélas ! une meilleure statistique. Mais, du moins, a-t-il l'avantage de ne pas compromettre la vie des patients, et, en le conseillant, on reste fidèle à cette règle, trop souvent perdue de vue : *primum, non nocere.*

Nous pourrions arrêter ici ces conditions thérapeutiques que notre trop faible expérience ne nous permet pas de préciser d'avantage. Cependant, nous tenons à dire encore un mot sur le traitement prophylactique, car il existe, et il a une grande importance.

Il comprend d'abord toutes les indications générales applicables aux névrophates héréditaires : on devra s'efforcer de prémunir, par une hygiène bien entendue, les membres de la famille névropathique · pas d'excitants, pas de surmenage, pas d'excès de travail ni de plaisir : hydrothérapie commencée dès le jeune âge et régulièrement pratiquée. Ce sont là des prescriptions banales, mais on les néglige si souvent qu'il n'est pas inutile de les rappeler.

Une précaution prophylactique spécialement applicable à la maladie de Basedow, serait d'interdire aux névropathes héréditaires le séjour dans les pays où le goître est endémique ; un goître, survenant chez des prédisposés aurait, en effet, des chances de se badesowifier rapidement.

Faudrait-il enfin appliquer au goître exophthalmique la formule célèbre donnée par Peter à propos

des affections cardiaques, et interdire le mariage aux femmes atteintes? L'examen des observations ne permet pas de porter un jugement absolu. Si, en effet, la grossesse a pu nuire à un grand nombre de malades, elle a, au contraire, ramené chez d'autres une remarquable sédation des symptômes. Ici, comme dans beaucoup de cas, il faut tenir compte des indications spéciales à chacun, et, en particulier, du facteur moral, si important dans l'étiologie des maladies à détermination nerveuse.

CONCLUSIONS

I — La pathogénie du goître exophthalmique n est pas élucidée complètement. Aucune des théories proposées n'est applicable à tous les cas.

II. — C'est au système nerveux qu'appartient la part prépondérante dans la genèse des accidents ; la participation du grand sympathique est certaine ; son influence est prédominante le plus souvent.

III. — Le traitement du goître exophthalmique est encore à trouver. Chaque cas présente des indications spéciales : tous les procédés thérapeutiques ont donné des succès et des revers ou même occasionné des désastres.

IV. — L'intervention chirurgicale doit être réservée au cas à marche lente et au basedowisme secondaire ; la sympathectomie est l'opération qui paraît présenter le plus d'avantages. Mais on n'y recourra qu'après avoir tenté les moyens médicaux.

V. — Ceux-ci, en y comprenant l'électrothérapie et l'hydrothérapie, sont seuls applicables aux cas primitifs et à marche rapide.

BIBLIOGRAPHIE

Goitre exophthalmique en général.

Trousseau. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 6e édit., t. II.

Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales.

Grasset. — Leçons sur les maladies du système nerveux.

Charcot-Bouchard. — Traité de médecine.

Debove-Achard. — Manuel de médecine.

Pathogénie

Marie. — Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. Thèse de Paris, 1883.

Gros. — Etude sur le goître exophthalmique. Thèse de Paris, 1884.

Boinet et Silbert. — Revue de médecine, 1892. Nature de la maladie de Basedow (origine thyroïdienne), Mercredi médical, 28 février 1894.

Tissier. — Annales de Médecine 1892, n° 37 (origine nasale).

Bureau (*Maurice.* — Thèse de Paris, 1893.

Amy. — Essai sur la maladie de Graves-Basedow. Théories et traitements nouveaux. Thèse de Paris, n° 485, 1895.

Mayzèle. - Rôle du réflexe dans l'étiologie du syndrôme de Basedow-Graves. Thèse de Paris, n° 371, 1897.

Traitements médicaux

Trousseau. — Cliniques.

G. Sée. — Médecine clinique, 1re édit., 1879 ; 2e édit. Tomes I et II, 1889-91).

Joffroy. — Union médicale, 12 mai 1892.

Traitement électrothérapique

Vigouroux. — Gazette des Hôp., n° 53. P. 493, 1891.

Thyroidectomie

Bénard. — Th. de Paris, 1883.

Audry. — Trait. chir. du goître exophthalmique. Bull. Méd. 708, 1889.

Roux. — Remarque sur 115 opérations de goître (Jubilé de Kocher). Wiesbaden, 1891.

Stefany. — Traitement chirurgical du g. ex. Th. de Lyon, 1894.

Solary. — Trait. chir. du g. ex. Th. de Paris 1894.

Tuffier. — Même sujet. Soc. de chir. 1895 (Bull.)

Durand. — Traitement opératoire du goître exoph. Th. de Paris 1895.

Bérard. — Contribution à l'anat. et à la chir. du goître. Thèse de Lyon, 1896, n° 32.

Verhoeff. — Société belge de Chirurgie, 30 janv. 1897.

Exothyropexie

Poncet et Jaboulay. — Bull. méd. page 14-23, 1894.

Jaboulay. — Méd. mod. P. 275, 1894.

Brissaud. = Leçons sur les maladies nerveuses. Paris, 1895.

Section du Sympathique

Hascovee. — Gaz. des Hôp. n° 84, 1895.

Jaboulay. — Lyon médical, 22 mars 1896.

Gayet. — Lyon médical, 26 juillet 1896.

Jonnesco. — Ann. d'ocul., mars 1897.

Valençon. — Gaz. des Hôp., n° 69, 1897.

Boissou. — Etude critique des interventions sur le sympathique cervical dans la maladie de Basedow. Th. de Paris, 1898, n° 563.

Bled. — Les opérations sur le sympathique dans la mal. de Basedow. Th. de Paris, 1898.

Paris. — Imprimerie JOUVE et BOYER, 15, rue Racine.